

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THESE

N° 653

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

RAYMOND PEYRET

Né le 22 Novembre 1894, à EPERNAY (Marne)

**Essai Statistique et Clinique
basé sur les observations de l'année 1930
du Service de la Maternité de Boucicaut**

Président: M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS
LES PRESSES MODERNES
96, GALERIE BEAUJOLAIS, PALAIS-ROYAL (1^{er})

1935

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THESE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

RAYMOND PEYRET

Né le 22 Novembre 1894, à EPERNAY (Marne)

**Essai Statistique et Clinique
basé sur les observations de l'année 1930
du Service de la Maternité de Boucicaut**

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

LES PRESSES MODERNES

96, GALERIE BEAUJOLAIS, PALAIS-ROYAL (1^{er})

1935

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.	ROUVIERE.
Physiologie.	BINET Léon.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie.	DEBRE Robert.
Parasitologie et histoire naturelle médi- cale.	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale.	BAUDOIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive.	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	VILLARET Maurice.
Clinique médicale	LCEPA.
	CARNOT.
	CLERC.
	LABBE Marcel.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des ma- ladies de l'encéphale.	CLAUDE H.
Clinique des maladies cutanées et syphi- litiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	
Clinique chirurgicale infantile et ortho- pédie.	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	DUVAL Pierre.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.	BEZANCON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MULON.
Professeurs sans chaire.	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.

II. — AGREGES EN EXERCICE

	MM.
Pathologie médicale	BENARD Henri.
Pathologie médicale	BERNARD Etienne.
Pathologie médicale	BOULIN.
Histologie.	BULLIARD.
Pathologie médicale	CATHALA.
Pathologie médicale	CHEVALLIER.
Physique.	DOGNON.
Urologie.	FEY.
Parasitologie.	GALLIARD.
Bactériologie.	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale	DE GAUDART D'AL- LAINES.
Physiologie.	GAYET.
Histologie.	GIROUD.
Pathologie médicale	HAGUENAU.
Oto-rhino-laryngologie.	HALPHEN.
Pharmacologie.	HAZARD.
Anatomie pathologique	HUGUENIN.
Hygiène.	JOANNON.
Chimie biologique	LABBE Henri.
Obstétrique.	LACOMME.
Obstétrique.	LANTUEJOL.
Pathologie médicale	LAROCHE Guy.
Pathologie expérimentale	LEMAIRE.
Pathologie chirurgicale	LEVEUF.
Pharmacologie.	Mlle J. LEVY.
Neurologie et Psychiatrie.	LEVY-VALENSI.
Pathologie médicale	MOREAU.
Pathologie chirurgicale	MOULONGUET.
Pathologie médicale	MOUQUIN.
Anatomie pathologique	OBERLING.
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.
Médecine légale	PIEDELIEVRE.
Obstétrique.	PORTES.
Physiologie.	RICHET.
Chimie biologique.	SANNIE.
Pathologie chirurgicale	SENEQUE.
Pathologie expérimentale	TROISIER.
Pathologie médicale	TURPIN.
Obstétrique.	VIGNES.
Pathologie chirurgicale	WILMOTH.
Hydrologie.	BEZANÇON Justin.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

	MM.
Pathologie chirurgicale	ALGLAVE.
Pharmacologie.	BUSQUET.
Physiologie.	CHAILLEY-BERT.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Parasitologie.	NEVEU-LEMAIRE.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI.	
ALAJOUANINE.	
AUBERTIN.	
BRULE.	
CHABROL.	
CHIRAY.	Clinique médicale.
DONZELOT.	
DUVOIR.	
LIAN.	
PASTEUR - VALLERY -	
RADOT.	
SEZARY.	

MM.

BASSET.	
BROCQ.	
CADENAT.	
GATELLIER.	
HEITZ-BOYER.	Clinique chirurgicale.
MOURE.	
QUENU.	
SCHWARTZ.	
VELTER.	

MM.

ECALLE.	
GUENIOT.	
LE LORIER.	Clinique obstétricale.
LEVY-SOLAL.	
METZGER.	

V. — CHARGES DE COURS

MM.

Education physique	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique	LEDOUX-LEBARD.
Puériculture.	WEIL-HALLE.
Stomatologie.	FREY.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE LE DOCTEUR PEYRET

Officier de la Légion d'Honneur

Médaille des Epidémies

Exemple de dignité et de conscience professionnelles

*En témoignage de ma très grande
affection.*

A MON PRESIDENT DE THESE
M. LE PROFESSEUR COUVELAIRE

Professeur de Clinique Obstétricale
à la Faculté de Médecine de Paris

Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

*En témoignage de ma très grande
et très respectueuse reconnais-
sance.*

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR LE LORIER

Professeur agrégé à la Faculté

Accoucheur Professeur en chef
à la Maternité de Port-Royal

Officier de la Légion d'Honneur

*Avec l'expression de ma profonde
et respectueuse gratitude.*

INTRODUCTION

Dans une thèse sur le fonctionnement de la Maternité de Boucicaut, l'auteur émet l'idée que « ce sujet de statistique pure venant après tant d'autres du même genre exclut tout essai d'originalité et laisse parler les chiffres dans un cadre étroit », tout en reconnaissant que « ce travail d'aspect rébarbatif en soi émaillé d'observations intéressantes a le mérite de montrer la grande valeur de la clinique ».

Nous pensons en effet qu'un travail de ce genre basé sur un très grand nombre d'observations permet dans une vue clinique d'ensemble de rapprocher les faits de même ordre, de les envisager en série, et d'en dégager les lois qui les régissent. Mais c'est en cela croyons-nous que, contrairement à l'opinion citée plus haut, il peut ne pas exclure toute originalité, car on cherche à tirer des chiffres des interprétations qui peuvent conduire à de nouvelles directives.

La possibilité de déduire de certains phénomènes pathologiques les affinités qui les relient à d'autres et qui les expliquent à été l'une de nos préoccupations dominantes.

Les observations si parfaitement complètes que M. le Professeur Le Lorier a bien voulu mettre à notre disposition, les ressources infinies que nous avons trouvées dans son service, sa bienveillante sollicitude, nous ont permis d'entreprendre ce travail. Nous lui adressons l'expression de nos respectueux remerciements.

Ce travail est divisé en deux parties.

J'avais d'abord établi minutieusement pour être publiés dans la première partie divers graphiques qui avaient le grand avantage de donner une vue d'ensemble sur des faits communs à tous les accouchements. Malheureusement, leur format m'a obligé à renoncer à leur insertion.

Pourtant l'enregistrement méthodique qu'ils permettent s'applique d'une manière très heureuse aux questions de l'obstétrique et doit conduire à faire des hypothèses nouvelles.

Aussi n'ai-je pas voulu délaissier complètement des possibilités aussi précieuses; pour remplacer ces graphiques sans trop nuire à la clarté de ce travail, j'ai été amené à présenter des tableaux statistiques qui fournissent des chiffres utiles à connaître.

Dans une deuxième partie que j'ai réservée à la grossesse pathologique, aux dystocies et au nouveau-né, j'ai pensé qu'il serait très utile d'indiquer les influences des états infectieux chroniques si répandus et souvent méconnus sur la grossesse, sur l'accouchement et sur l'enfant.

Ce travail, qui se rapporte plus spécialement aux accouchements de la maternité de Boucicaut en 1930, intéresse cependant l'obstétrique en général, car il repose sur plus de 2.000 observations.

PREMIERE PARTIE

CONSULTATIONS PRENATALES

Les femmes enceintes sont souvent très négligentes et ne se présentent pas du tout ou se présentent un nombre insuffisant de fois aux consultations prénatales.

Au cours des remplacements que j'ai effectués, j'ai observé dans la clientèle privée la même insouciance des futures mères qui ne font appeler un médecin qu'au moment de leur accouchement, quelquefois l'accouchement effectué, sans avoir eu au préalable aucune consultation médicale, ou qui, malgré l'avis formel de se faire de nouveau examiner, attendent, inconscientes, sans souci, à leur détriment et au détriment de leur bébé, l'heure de l'accouchement.

Le pourcentage des consultations prénatales indiqué au tableau ci-contre prouve l'urgence d'entreprendre une action auprès des futures mamans pour les mettre en garde contre de telles erreurs. On peut dans ce but utiliser la voie d'affichage dans les maternités, hôpitaux, pouponnières, etc.

POUR 100				POUR 100			
1	consultation. . . .	18,5		8	consultations. . . .	1,5	
2	—	16,8		9	—	0,7	
3	—	15,3		10	—	0,7	
4	—	9,6		11	—	0,16	
5	—	7,6		12	—	0,08	
6	—	3,6		Aucune consulta-			
7	—	2,8		tion prénatale. . . .			
						22,4	

CALCUL DE LA FECONDITE MATERNELLE
INDIQUANT LE NOMBRE DES NAISSANCES
POUR CHAQUE AGE DES PARTURIENTES

(Rapports établis pour 1.000 accouchements.)

POUR 1.000		POUR 1.000	
15 ans.	0,5	31 ans.	27,1
16 —	5,6	32 —	26,1
17 —	14,3	33 —	21,5
18 —	29,6	34 —	19,9
19 —	46,5	35 —	19,4
20 —	73,7	36 —	12,2
21 —	72,7	37 —	13,8
22 —	92,1	38 —	10,7
23 —	81,4	39 —	10,2
24 —	61,9	40 —	4,0
25 —	77,3	41 —	4,6
26 —	57,3	42 —	3,0
27 —	73,2	43 —	2,5
28 —	51,7	44 —	2,0
29 —	41,9	45 —	0,5
30 —	41,4		

CALCUL DE LA FECONDITE PATERNELLE
INDIQUANT LE NOMBRE DES NAISSANCES
POUR CHAQUE AGE DES PERES

(Rapports établis pour 1.000 naissances
comme dans le tableau précédent.)

POUR 1.000		POUR 1.000	
18 ans	1,7	37 ans.	22,3
19 —	12,9	38 —	22,8
20 —	27,0	39 —	10,5
21 —	30,5	40 —	11,7
22 —	37,5	41 —	6,4
23 —	76,8	42 —	7,6
24 —	81,0	43 —	2,9
25 —	82,7	44 —	3,5
26 —	76,8	45 —	5,8
27 —	68,6	46 —	3,5
28 —	76,3	47 —	2,9
29 —	55,1	48 —	1,1
30 —	81,5	49 —	1,1
31 —	36,9	50 —	2,9
32 —	39,3	51 —	0,5
33 —	31,1	53 —	0,5
34 —	21,1	54 —	0,5
35 —	26,4	56 —	0,5
36 —	27,0		

J'ai établi deux courbes au moyen de ces calculs, l'une enregistrant la fécondité maternelle, la seconde la fécondité paternelle.

Pour les femmes, cette courbe est brusquement ascendante jusqu'à l'âge de 22 ans, puis presque régulièrement descendante jusqu'à l'âge de 45 ans.

Pour les hommes, la courbe est brusquement ascendante jusqu'à l'âge de 25 ans, puis dans sa seconde moitié presque régulièrement descendante jusqu'à l'âge de 51 ans.

Tout au moins pour la seconde moitié, on peut se demander si ces courbes ne sont pas l'indication d'une diminution progressive, presque régulière, de l'activité glandulaire.

Il faut noter que l'âge ultime auquel elles aboutissent est l'âge de l'apparition du cancer.

Il serait intéressant de connaître des statistiques analogues pour d'autres pays que la France.

Les graphiques établis sont d'un format trop grand pour être insérés dans ce travail.

AGES DE LA MENSTRUATION

*chez les femmes accouchées à la maternité
de l'hôpital Boucicaut en 1930.*

(Rapports établis pour 1.000 parturientes.)

Femmes réglées à partir de	9 ans	2,9	{ règles exceptionnel-
---	10 —	16,3	
---	11 —	65,5	{ règles très précoces
---	12 —	137,0	
---	13 —	242,8	{ règles tempestives.
---	14 —	163,9	
---	15 —	165,3	{ règles très tardives
---	16 —	78,9	
---	17 —	74,5	{ règles exceptionnel-
---	18 —	35,7	
---	19 —	14,9	{ règles exceptionnel-
---	20 —	1,4	

J'ai établi une courbe qui montre mieux que le tableau précédent la justesse de cette classification. Elle est d'un format trop grand pour être insérée dans cet ouvrage.

Il serait intéressant de connaître des statistiques analogues pour d'autres pays que la France, puisqu'on sait que l'âge de la menstruation varie selon les climats.

PRIMIPARITE. — MULTIPARITE

POUR 1.000		POUR 1.000	
Primipares.	448	VII ^e pares.	10,4
II ^e pares.	304,8	VIII ^e pares.	2,4
III ^e pares.	123,2	IX ^e pares.	1,6
IV ^e pares.	65,6	X ^e pares.	0,8
V ^e pares.	28	XI ^e pares.	0,8
VI ^e pares.	13,6	XV ^e pares.	0,8

Le tableau ci-contre indique la proportion des primipares et des multipares sur 1.000 femmes ayant accouché à l'hôpital Boucicaut au cours de l'année 1930.

Au total : 448 primipares sur 1.000 accouchées.

552 multipares sur 1.000 accouchées.

Il y a donc un excédent de 104 multipares.

Nous avons ainsi le rapport :

$$\frac{\text{Primipare}}{\text{Multipare}} = \frac{4}{5}$$

Ce rapport primi-multipare peut être considéré presque à lui seul comme l'expression de la vitalité d'une race. Il serait intéressant de le connaître pour divers pays.

Il est possible, à l'aide de ce tableau, d'établir d'autres rapports suivant le différents degrés de multiparités.

On peut également calculer le nombre total d'enfants mis au monde par 1.000 femmes entrées à la Maternité, en tenant compte des enfants mis au monde précédemment par elles. On trouve le chiffre de 2.046 enfants pour 1.000. Evidemment ce chiffre ne tient aucun compte de la mortalité infantile.

DUREES DU TRAVAIL CHEZ LES PRIMIPARES

Les graphiques établis sur la durée du travail montrent clairement que chez les primipares la plupart des accouchements ont une durée variant de 5 h. 30 à 13 heures, la durée moyenne étant de 9 à 10 heures.

On peut établir à cet égard la classification suivante :

Accouchements très rapides : moins de 3 heures.

Accouchements rapides : entre 3 h. et 5 h. 30.

Accouchements normaux : entre 5 h. 30 et 13 h.

Accouchements lents : entre 13 h. et 22 h.

Accouchements très lents : plus de 22 heures.

A noter des accouchements extrêmement lents de 29 h. 30, 31 heures.

DUREES DE L'EXPULSION CHEZ LES PRIMIPARES

Les graphiques établis sur la durée de l'expulsion montrent que la durée moyenne de l'expulsion chez les primipares est de 10 minutes à 30 minutes.

On peut établir à cet égard la classification suivante :

Expulsion rapide : moins de 10 minutes.

Expulsion normale : entre 10 et 30 minutes.

Expulsion lente : entre 30 minutes et 1 heure.

Expulsion très lente : plus d'une heure.

DUREES DU TRAVAIL CHEZ LES MULTIPARES

Les graphiques sur la durée du travail chez les multipares montrent que la plupart des accouchements ont une durée variant de 2 heures à 8 heures 30, la durée moyenne étant de 5 à 6 heures.

On peut établir à cet égard la classification suivante :

Accouchements très rapides : moins d'une heure.

Accouchements rapides : entre 1 heure et 2 heures.

Accouchements normaux : entre 2 h. et 8 h. 30.

Accouchements lents : entre 8 h. 30 et 17 heures.

Accouchements très lents : plus de 17 heures.

DUREES DE L'EXPULSION CHEZ LES MULTIPARES

Chez les multipares, la durée moyenne de l'expulsion est de 5 à 10 minutes.

Expulsion rapide : moins de 5 minutes.

Expulsion lente : entre 10 et 30 minutes.

Expulsion très lente : plus de 30 minutes.

Il serait intéressant de comparer des courbes obtenues au moyen de l'hystérographe ou de l'utérôtensiomètre, en choisissant des cas d'accouchements très rapides, rapides, lents, très lents et de durée normale, conformément à la classification ci-contre.

NOMBRE DE NAISSANCES D'ENFANTS DU SEXE MASCULIN ET DU SEXE FEMININ

On sait que, dans certains pays, le nombre de naissances d'enfants du sexe masculin devient supérieur à celui des naissances d'enfants de sexe féminin et que cela constitue un signe de dégénérescence, que pour la conservation de l'espèce il est important que le nombre des naissances de filles soit supérieur au nombre des naissances de garçons.

filles

Le rapport : $\frac{\text{filles}}{\text{garçons}}$ pour les enfants nés à l'hôpital Bou-

1.000

cicaud en 1930 est égal à $\frac{868}{1.000}$. Sur 1.868 naissances, il faut

868

donc noter un excédent de 132 naissances de filles.

STATISTIQUE DES POIDS DES NOUVEAU-NES DU SEXE FEMININ

(Y compris les garçons nés avant terme après le 6^e mois
de la grossesse.)

Cette statistique est établie pour 1.000 naissances d'enfants de sexe féminin, en calculant le nombre de naissances pour

chaque degré d'une échelle de poids graduée en unités de 50 grammes.

POUR 1.000			POUR 1.000		
650 grammes	....	1,1	2 950 grammes	....	36,1
800	....	2,2	3.000	....	45,2
850	....	1,1	3.050	....	49,7
1.150	....	1,1	3.100	....	46,3
1.300	....	2,2	3.150	....	48,5
1.400	....	2,2	3.200	....	41,8
1.500	....	3,3	3.250	....	28,2
1.550	....	1,1	3.300	....	11,0
1.600	....	3,3	3.350	....	42,9
1.650	....	2,2	3.400	....	33,1
1.700	....	1,1	3.450	....	42,9
1.750	....	3,3	3.500	....	39,5
1.800	....	2,2	3.550	....	30,5
1.850	....	2,2	3.600	....	36,1
1.900	....	3,3	3.650	....	20,3
1.950	....	3,3	3.700	....	25,9
2.000	....	1,1	3.750	....	13,5
2.050	....	5,6	3.800	....	16,9
2.100	....	3,3	3.850	....	15,8
2.150	....	4,5	3.900	....	15,8
2.200	....	6,7	3.950	....	4,5
2.250	....	4,5	4.000	....	10,1
2.300	....	4,5	4.050	....	12,4
2.350	....	4,5	4.100	....	3,3
2.400	....	9,0	4.150	....	3,3
2.450	....	9,0	4.200	....	2,2
2.500	....	11,3	4.250	....	2,2
2.550	....	12,1	4.300	....	3,3
2.600	....	19,2	4.350	....	1,1
2.650	....	15,8	4.400	....	1,1
2.700	....	13,5	4.450	....	1,1
2.750	....	30,5	4.650	....	1,1
2.800	....	20,3	4.750	....	1,1
2.850	....	25,9	5.400	....	1,1
2.900	....	37,2			

STATISTIQUE DES POIDS DES NOUVEAU-NES DU SEXE MASCULIN

(Y compris les garçons nés avant terme après le 6^e mois
de la grossesse.)

Cette statistique est établie pour 1.000 naissances d'enfants
du sexe masculin, en calculant le nombre des naissances pour
chaque degré d'une échelle de poids graduée en unités de
50 grammes.

POUR 1.000				POUR 1.000			
500 grammes	....	1,0		2.300 grammes	....	7,2	
600 —	....	1,0		2.350 —	....	7,2	
750 —	....	2,0		2.400 —	....	2,0	
850 —	....	2,0		2.450 —	....	4,1	
900 —	....	2,0		2.500 —	....	11,4	
1.000 —	....	2,0		2.550 —	....	10,4	
1.100 —	....	5,2		2.600 —	....	9,3	
1.150 —	....	2,0		2.650 —	....	8,3	
1.200 —	....	1,0		2.700 —	....	19,7	
1.300 —	....	1,0		2.750 —	....	27,0	
1.350 —	....	1,0		2.800 —	....	18,7	
1.400 —	....	1,0		2.850 —	....	18,7	
1.500 —	....	3,1		2.900 —	....	17,6	
1.600 —	....	2,0		2.950 —	....	29,1	
1.650 —	....	1,0		3.000 —	....	29,1	
1.700 —	....	5,2		3.050 —	....	39,5	
1.800 —	....	3,1		3.100 —	....	39,5	
1.900 —	....	3,1		3.150 —	....	31,2	
1.950 —	....	1,0		3.200 —	....	42,6	
2.000 —	....	4,1		3.250 —	....	36,4	
2.050 —	....	3,1		3.300 —	....	36,4	
2.100 —	....	3,1		3.350 —	....	31,2	
2.150 —	....	3,1		3.400 —	....	37,4	
2.200 —	....	5,2		3.450 —	....	46,8	
2.250 —	....	4,1		3.500 —	....	40,5	

POUR 1.000				POUR 1.000			
3.550 grammes	....	46,8		4.150 grammes	....	8,3	
3.600	—	....	33,2	4.200	—	....	10,4
3.650	—	....	37,1	4.250	—	....	5,2
3.700	—	....	36,4	4.300	—	....	4,1
3.750	—	....	23,9	4.350	—	....	4,1
3.800	—	....	17,6	4.400	—	....	3,1
3.850	—	....	23,9	4.450	—	....	2,0
3.900	—	....	21,8	4.500	—	....	2,0
3.950	—	....	18,7	4.550	—	....	3,1
4.000	—	....	11,4	4.600	—	....	2,0
4.050	—	....	12,4	4.700	—	....	1,0
4.100	—	....	3,1	4.750	—	....	1,0
				4.900	—	....	1,0

J'ai établi des courbes de poids à la naissance — distinctes pour les filles et les garçons. Elles permettent de se rendre nettement compte de la répartition, suivant leur fréquence, des poids des nouveau-nés. Malheureusement, elles sont d'un format trop grand pour être publiées ici.

Elles conduisent aux classifications suivantes :

Pour les filles :

- De 650 à 1.500 gr. : filles exceptionnellement petites.
- De 1.500 à 2.600 gr. : filles très petites.
- De 2.600 à 2.900 gr. : filles petites.
- De 2.900 à 3.600 gr. : filles d'un poids moyen.
- De 3.600 à 3.900 gr. : filles grosses.
- De 3.900 à 4.450 gr. : filles très grosses.
- De 4.450 à 5.400 gr. : filles exceptionnellement grosses.

Pour les garçons :

- De 500 à 1.100 gr. : garçons exceptionnement petits.
- De 1.100 à 2.500 gr. : garçons très petits.
- De 2.500 à 3.050 gr. : garçons petits.
- De 3.050 à 3.700 gr. : garçons d'un poids moyen.
- De 3.700 à 4.050 gr. : garçons gros.
- De 4.050 à 4.600 gr. : garçons très gros.
- De 4.600 à 4.900 gr. : garçons exceptionnellement gros.

Le sommet de la courbe des poids correspond, pour les filles, à 3.050 grammes et, pour les garçons, à 3.550 grammes.

Constatation extrêmement curieuse : La courbe des poids des filles est, pour ainsi dire, l'inverse de celle des garçons; la partie la plus inclinée de la courbe de poids des filles est ascendante, tandis que la partie la plus inclinée de la courbe de poids des garçons est descendante.

Le poids limite minima chez les filles est plus élevé que chez les garçons; pour les garçons, on trouve davantage de poids exceptionnellement petits.

Statistique des poids du placenta établie pour 1.000 naissances d'enfants du sexe féminin, en calculant le nombre des placentas correspondant à chaque degré d'une échelle de poids, graduée en unités de 50 grammes.

POUR 1.000		POUR 1.000	
200 grammes	1,4	700 grammes	86,6
250 —	2,8	750 —	56,8
300 —	5,6	800 —	34,0
350 —	18,4	850 —	25,5
400 —	55,3	900 —	5,6
450 —	102,2	950 —	14,2
500 —	139,1	1.000 —	9,9
550 —	163,3	1.100 —	1,4
600 —	134,9	1.200 —	1,4
650 —	140,5		

Statistique des poids du placenta établie pour 1.000 naissances d'enfants du sexe masculin, en calculant le nombre des placentas correspondant à chaque degré d'une échelle de poids, graduée en unités de 50 grammes.

POUR 1.000		POUR 1.000	
200 grammes	2,6	350 grammes	30,8
250 —	5,3	400 —	53,6
300 —	13,4	450 —	101,8

POUR 1.000			POUR 1.000		
500 grammes	....	113,9	900 grammes	....	5,3
550 —	....	147,4	950 —	....	9,3
600 —	....	151,4	1.000 —	....	5,3
650 —	....	111,2	1.050 —	....	1,3
700 —	....	116,5	1.100 —	....	2,6
750 —	....	61,6	1.200 —	....	4,0
800 —	....	38,8	1.250 —	....	2,6
850 —	....	20,1	1.300 —	....	1,3

Les courbes, permettant de se rendre compte de la répartition, suivant leur fréquence, des poids placentaires, n'ont pu être insérées ici. Elles conduisent aux classifications suivantes :

Pour les filles :

- De 200 à 350 grammes : placentas très petits.
- De 350 à 450 grammes : placentas petits.
- De 450 à 650 grammes : placentas d'un poids moyen.
- De 650 à 850 grammes : placentas gros.
- De 850 à 1.200 grammes : placentas très gros.

Pour les garçons :

- De 200 à 350 grammes : placentas très petits.
- De 350 à 450 grammes : placentas petits.
- De 450 à 700 grammes : placentas d'un poids moyen.
- De 700 à 850 grammes : placentas gros.
- De 850 à 1.300 grammes : placentas très gros.

Le sommet de la courbe des poids placentaires correspond pour les filles à 550 grammes et pour les garçons à 600 grammes.

Les moyennes placentaires, calculées séparément pour les filles et les garçons, donnent cependant les mêmes chiffres, les deux poids moyens étant exactement de 593 grammes chacun — ce qui tendrait à prouver que le poids du placenta reste fixe, à quelques grammes près, quel que soit le sexe du fœtus.

*Mesures des membranes, lorsqu'elles ne sont pas surdistendues
par la présence du fœtus (diamètres) :*

POUR 1.000		POUR 1.000	
10 centimètres	 4,0	45 centimètres	 180,8
15 —	 12,2	50 —	 70,7
20 —	 23,1	55 —	 38,0
25 —	 27,2	60 —	 16,3
30 —	 91,1	65 —	 8,1
35 —	 172,7	70 —	 1,3
40 —	 348,1	75 —	 1,3

Les mesures moyennes sont comprises entre 30 centimètres et 50 centimètres, la mesure la plus répandue étant celle intermédiaire de 40 centimètres.

*Rapports du plus petit côté au plus grand côté des membranes
(pour la recherche de l'insertion basse du placenta).
(Rapports de 0 à 1 calculés pour 1.000 accouchements.)*

		POUR 1.000
0	(l'un des côtés des membranes étant lui-même réduit à 0).....	55,7
1/35	(petit côté des membranes..... (grand côté des membranes)	4,0
1/32	— — — — —	1,3
1/30	— — — — —	2,7
1/25	— — — — —	2,7
1/22,5	— — — — —	1,3
1/20	— — — — —	1,3
1/19	— — — — —	1,3
1/18,5	— — — — —	1,3
1/17,5	— — — — —	1,3
1/17	— — — — —	2,7
1/16	— — — — —	4,0
1/15	— — — — —	10,8

				POUR 1.000
				—
1/13	—	—	.....	1,3
1/12,5	—	—	.....	2,7
1/12	—	—	.....	1,3
1/11	—	—	.....	4,0
1/10	—	—	.....	4,0
1/9,5	—	—	.....	2,7
1/9	—	—	.....	8,1
1/8	—	—	.....	17,6
1/7,5	—	—	.....	13,6
1/7	—	—	.....	28,5
1/6,5	—	—	.....	1,3
1/6	—	—	.....	34,0
1/5,5	—	—	.....	4,0
1/5	—	—	.....	59,8
1/4,5	—	—	.....	32,6
1/4	—	—	.....	65,2
1/3,5	—	—	.....	59,8
1/3	—	—	.....	206,7
1/2,5	—	—	.....	174,0
1/2	—	—	.....	115,6
1/1,5	—	—	.....	54,4
1/1	—	—	.....	17,6

Le rapport petit côté sur grand côté des membranes le plus fréquent est celui de 1/3. Viennent ensuite, en ordre décroissant, les rapports 1/2,5, 1/2.

Lorsque le rapport des membranes est égal à 1/3, ce qui apparaît le cas normal, le bord inférieur du placenta doit se trouver à 2 centimètres environ de l'anneau de Bandl.

A noter la fréquence relativement grande du rapport : 0. Ce fait semble ne pouvoir s'expliquer que par une déchirure des membranes, plus fréquente qu'on ne supposait, au niveau du bord placentaire.

La courbe très expressive relative à ces rapports ne peut être, à cause de son format, publiée ici.

RAPPORTS PLACENTO-FŒTAUX

Le rapport placento-fœtal peut varier suivant des conditions différentes :

1^{er} cas. — Un seul des facteurs du rapport varie.

C'est le poids du fœtus qui se trouve augmenté ou diminué : par exemple, il se trouve augmenté dans l'observation n° 1195 (rapport placento-fœtal : 660/1.560); il se trouve diminué dans l'observation 1281 (rapport placento-fœtal : 550/2.250).

Ou bien c'est le poids du placenta qui se trouve accru ou diminué. Le poids du placenta se trouve accru dans l'observation n° 1391 (rapport placento-fœtal : 850/3.280); il se trouve diminué dans l'observation n° 1458 (rapport placento-fœtal : 320/3.180).

2^e cas. — Les deux facteurs varient dans un même sens. On se trouve en présence d'un gros enfant avec hypertrophie du placenta : observation n° 1490 (rapport placento-fœtal : 1.200/4.160), ou d'un enfant débile avec hypotrophie placentaire : observation n° 1186 (rapport placento-fœtal : 310/2.170).

3^e cas. — Parfois, mais plus rarement, les deux facteurs varient en sens inverse, le poids du fœtus augmentant et le poids du placenta diminuant : observation n° 1494 (rapport placento-fœtal : 480/3.820), ou le poids du fœtus diminuant et le poids du placenta augmentant : observation n° 1472 (rapport placento-fœtal : 690/2.170).

Toutefois l'étude des variations du rapport placento-fœtal, en tant que rapport purement mathématique, permet de faire des observations très intéressantes.

J'ai établi deux courbes relatives aux rapports placento-fœtaux, l'une pour les filles, l'autre pour les garçons. Je ne puis les publier ici vu leurs dimensions trop grandes, mais je donne sous forme de tableaux statistiques les résultats qui en découlent.

I^{er} TABLEAU. — *Rapports placento-fœtaux* (filles) :

POUR 1.000		POUR 1.000	
1/8,95.	3,2	1/5,70.	25,6
1/8,20.	3,2	1/5,65.	25,6
1/8,05.	3,2	1/5,60.	32,1
1/7,95.	3,2	1/5,55.	6,4
1/7,70.	3,2	1/5,50.	16
1/7,60.	3,2	1/5,45.	32,1
1/7,55.	3,2	1/5,40.	19,2
1/7,35.	3,2	1/5,35.	32,1
1/7,10.	3,2	1/5,30.	38,5
1/7,05.	3,2	1/5,25.	22,4
1/7.	12,8	1/5,20.	19,2
1/6,95.	6,4	1/5,15.	16
1/6,90.	19,2	1/5,10.	22,4
1/6,85.	9,6	1/5,05.	3,2
1/6,75.	6,4	1/5.	25,6
1/6,70.	3,2	1/4,95.	16
1/6,65.	6,4	1/4,90.	22,4
1/6,60.	9,6	1/4,85.	16
1/6,55.	9,6	1/4,80.	16
1/6,50.	9,6	1/4,75.	19,2
1/6,40.	16	1/4,70.	19,2
1/6,35.	6,4	1/4,65.	9,6
1/6,30.	9,6	1/4,60.	12,8
1/6,25.	12,8	1/4,55.	12,8
1/6,20.	16	1/4,45.	9,6
1/6,15.	16	1/4,40.	12,8
1/6,10.	16	1/4,35.	19,2
1/6,05.	19,2	1/4,30.	16
1/6.	16	1/4,25.	6,4
1/5,95.	9,6	1/4,20.	3,2
1/5,90.	22,4	1/4,15.	16
1/5,85.	18,8	1/4,10.	9,6
1/5,80.	28,8	1/4,05.	12,8
1/5,75.	19,2	1/3,90.	3,2

POUR 1.000		POUR 1.000	
1/3,85.	6,4	1/3,15.	9,6
1/3,80.	3,2	1/3,10.	3,2
1/3,75.	3,2	1/3,05.	3,2
1/3,60.	6,4	1/2,95.	3,2
1/3,55.	3,2	1/2,40.	3,2
1/3,40.	6,4	1/1,90.	3,2
1/3,35.	6,4		

II^e TABLEAU. — *Rapports placento-fœtaux (garçons) :*

POUR 1.000		POUR 1.000	
1/9,95.	3,3	1/6,90.	13,2
1/9,20.	3,3	1/6,85.	6,6
1/9,10.	3,3	1/6,80.	9,9
1/8,70.	3,3	1/6,75.	3,3
1/8,55.	3,3	1/6,70.	16,5
1/8,50.	3,3	1/6,65.	3,3
1/7,95.	3,3	1/6,60.	16,5
1/7,90.	3,3	1/6,55.	9,9
1/7,75.	6,6	1/6,50.	9,9
1/7,70.	3,3	1/6,45.	13,2
1/7,60.	13,2	1/6,40.	6,6
1/7,55.	3,3	1/6,35.	16,5
1/7,50.	3,3	1/6,30.	13,2
1/7,45.	6,6	1/6,25.	19,8
1/7,40.	9,9	1/6,20.	13,2
1/7,35.	3,3	1/6,15.	13,2
1/7,20.	6,6	1/6,05.	23,1
1/7,15.	3,3	1/6.	26,4
1/7,10.	3,3	1/5,95.	6,6
1/7,05.	6,6	1/5,90.	29,7
1/7.	9,9	1/5,85.	19,8
1/6,95.	13,2	1/5,80.	33,1

POUR 1.000		POUR 1.000	
1/5,75.	13,2	1/4,55.	23,1
1/5,70.	19,8	1/4,50.	6,6
1/5,65.	13,2	1/4,45.	9,9
1/5,60.	23,1	1/4,40.	9,9
1/5,55.	19,8	1/4,35.	3,3
1/5,50.	16,5	1/4,30.	9,9
1/5,45.	9,9	1/4,25.	6,6
1/5,40.	23,1	1/4,20.	13,2
1/5,35.	19,8	1/4,15.	19,8
1/5,30.	19,8	1/4,10.	9,9
1/5,25.	23,1	1/4.	13,2
1/5,20.	9,9	1/3,95.	3,3
1/5,15.	26,4	1/3,85.	3,3
1/5,10.	16,5	1/3,80.	6,6
1/5,05.	9,9	1/3,70.	3,3
1/5.	19,8	1/3,65.	3,3
1/4,95.	16,5	1/3,55.	3,3
1/4,90.	9,9	1/3,50.	6,6
1/4,85.	9,9	1/3,45.	3,3
1/4,80.	23,1	1/3,40.	3,3
1/4,75.	19,8	1/3,30.	3,3
1/4,70.	6,6	1/3,20.	3,3
1/4,65.	3,3	1/2,10.	3,3
1/4,60.	9,9		

Comme le montrent les statistiques, le rapport placento-fœtal est généralement plus élevé pour les filles que pour les garçons. En effet :

1° Les sommets des courbes des rapports placento-fœtaux correspondent au rapport 1/5,30 pour les filles et au rapport 1/5,80 pour les garçons. On remarque que $1/5,30 > 1/5,80$.

2° Les calculs des rapports placento-fœtaux moyens donnent les chiffres 1/5,44 pour les filles et 1/5,65 pour les garçons. On remarque encore que $1/5,44 > 1/5,65$.

3° Sur la courbe des rapports placento-fœtaux relative aux

filles, le plus petit rapport placentο-fœtal correspond aux chiffres 1/8,95 et le plus grand à 1/1,90, tandis que sur la courbe des rapports placentο-fœtaux relative aux garçons le plus petit rapport placentο-fœtal correspond aux chiffres 1/9,95 et le plus grand rapport à 1/2,10. L'on note encore :

$$1/8,95 > 1/9,95$$

$$1/1,90 > 1/2,10$$

Ces faits s'expliquent de la façon suivante : le poids du placenta étant à peu près fixe pour les deux sexes et le poids du corps des garçons étant nettement plus élevé que celui des filles à la naissance, le rapport placentο-fœtal subit de ce fait une diminution constante chez les garçons.

Nous avons vu que le rapport placentο-fœtal moyen était égal à 1/5,44 pour les filles et à 1/5,65 pour les garçons. Certes, dans des cas qui peuvent être regardés comme normaux, le rapport placentο-fœtal n'est pas toujours égal à ces chiffres. Selon la constitution des parents, suivant peut-être la prédominance de certaines sécrétions endocriniennes sans qu'il s'agisse pour cela de cas pathologiques, le rapport placentο-fœtal peut varier entre des rapports limites à déterminer.

Aussi nous avons pensé que dans la classification des rapports placentο-fœtaux, il était judicieux de tenir compte d'un écart moyen, englobant l'ensemble des rapports à considérer comme normaux. Il semble logique de déterminer cet écart moyen en admettant que 50 0/0 des cas se répartissant d'une manière égale et de part et d'autre du rapport placentο-fœtal moyen, soit 25 0/0 en deçà et 25 0/0 au delà de ce rapport, sont physiologiques.

Pour les filles, l'écart moyen des rapports placentο-fœtaux est donc compris entre rapport 1/6 d'une part, le rapport 1/4,80 d'autre part, et pour les garçons, entre les rapports 1/6,30 et 1/4,95.

Lorsque les rapports placentο-fœtaux ne sont pas compris dans ces écarts moyens, ils sont presque toujours l'indice d'un cas pathologique.

VARIATIONS DU RAPPORT PLACENTO-FŒTAL DANS LES CAS PATHOLOGIQUES

L'étude des variations du rapport placentο-fœtal, en tant que rapport purement mathématique, permet de constater que lorsque ce rapport s'écarte de la normale, il s'agit généralement de cas pathologiques.

Cela ne veut pas dire que lorsque le rapport est normal, il ne faille pas admettre l'éventualité d'un cas pathologique. Dans certaines circonstances qui ne sont peut-être pas aussi rares qu'on pourrait le penser, deux causes opposées agissent inversement sur le développement placentaire et le rapport placentο-fœtal reste moyen : il peut en être ainsi dans des cas de tuberculose et de syphilis associées, dans des cas de fibromes utérins et de syphilis associés, etc. Dans des cas pathologiques aussi, les poids du placenta et du fœtus peuvent être augmentés dans des proportions qui aboutissent à un rapport compris dans l'écart moyen, — cas rares, car généralement lorsque les deux facteurs du rapport varient dans un même sens, ils varient de façon telle que le rapport s'éloigne presque toujours de l'écart moyen, ainsi qu'en témoignent d'ailleurs les deux observations n^{os} 1190 et 1186 déjà citées et pour lesquelles les rapports placentο-fœtaux sont de $1/3,46$ et $1/7$.

Toutefois ce que l'on peut affirmer, c'est que lorsque le rapport placentο-fœtal est très diminué ou très augmenté, il s'agit presque toujours d'un cas pathologique.

Etudier les variations de ce rapport suivant les états pathologiques présente un grand intérêt.

J'ai donc établi des courbes comparatives pour des cas pathologiques déterminés. Elles sont d'un trop grand format pour être insérées ici. Je résume les renseignements qu'elles fournissent dans le tableau et le chapitre suivants.

Le tableau indique la fréquence des rapports de $1/10,15$ à $1/6,30$ (rapports abaissés), de $1/6,30$ à $1/4,80$ (rapports compris dans l'écart moyen) et de $1/4,80$ à $1/1,45$ (rapports augmentés), pour des affections déterminées.

RAPPORTS

RAPPORTS placento-fœtaux abaissés (de 1/10,15 à 1/6,30)	placento-fœtaux compris dans l'écart moyen (de 1/6,30 à 1/4,80)	RAPPORTS placento-fœtaux augmentés (de 1/4,80 à 1/1,45)
---	---	---

Ensemble des cas normaux et pa- thologiques (fil- les et garçons.	20/100	58/100	22/100
Syphilis	25/100	35/100	40/100
Tuberculose	41/100	50/100	9/100
Albuminurie	18/100	51/100	31/100
Hypertension ...	22/100	55/100	23/100
Bassins rétrécis .	26/100	52/100	22/100
Métrites	34/100	44/100	22/100
Fibromes	67/100	33/100	néant
Kystes de l'ovaire	néant	80/100	20/100
Goitres opérés ou traités par la radiographie (<i>sujets ne pré- sentant pas ou ne présentant plus de signes de Basedow</i>)..	néant	néant	100/100
Goitres avec si- gnes de base- dowisme	100/100	néant	néant
Goitres localisés à un lobe.....	néant	100/100	néant

Dans la syphilis on note un grand pourcentage de rapports élevés et des rapports très élevés allant jusqu'à 1/1,45. Il y a aussi un assez grand nombre de rapports diminués; il semble que dans l'hérédo-syphilis le rapport soit assez souvent diminué.

Dans la tuberculose maternelle ou paternelle, les rapports sont nettement abaissés. Le pourcentage des rapports abaissés, par rapport à tous les cas de tuberculose plus ou moins latente, est de 41 0/0. On constate même des rapports très bas : 1/9,25, 1/9,45, 1/9,75. Le rapport est rarement élevé: —9 0/0 des cas. Ces faits sont très importants, car dans certaines conditions la diminution du rapport placento-fœtal est un témoin d'hérédité tuberculeuse.

Dans l'albuminurie, on trouve surtout des rapports élevés, mais on note aussi quelques rapports très bas : 1/9,75, 1/9,95.

Dans l'hypertension on remarque des rapports élevés ou abaissés un peu plus nombreux que dans l'ensemble des accouchements, mais surtout quelques cas extrêmes : 1/2,10, 1/9,30.

Dans les cas de bassins rétrécis, on observe un pourcentage un peu plus grand des rapports abaissés et même un cas extrême à 1/10,15.

Dans les métrites, il y a un grand pourcentage de rapports placentaux-fœtaux diminués.

Pour les fibromes figure aussi un grand pourcentage de rapports placento-fœtaux diminués : 67 0/0 des cas. Il y a absence complète de cas où le rapport placento-fœtal soit augmenté. Dans la moitié des cas, l'insertion placentaire s'est effectuée au niveau de la masse fibromateuse, sans doute à cause d'un état particulier de l'endomètre à ce niveau, peut-être d'hyperémie de la muqueuse.

Dans les kystes de l'ovaire, 80 0/0 des rapports placento-fœtaux sont compris dans l'écart moyen, mais ils sont nettement situés aux limites extrêmes de cet écart moyen.

Enfin constatation qui semble bien intéressante : dans les goîtres dont les sujets ne présentent pas de signes de Basedow, le rapport est toujours augmenté. Il est toujours diminué chez les basedowiens. Il est compris dans l'écart moyen pour les goîtres localisés à un seul lobe. Comme on le voit, l'état d'hyperfonctionnement ou d'hypofonctionnement de la glande thyroïde

semble avoir une action très importante dans les variations des rapports placento-fœtaux.

Cette série de statistiques, d'où l'on déduit des moyennes, permet de se rendre compte des conditions dans lesquelles l'accouchement est normal.

Dès que l'on est en présence de cas où ces moyennes sont dépassées ou bien ne sont pas atteintes, on se trouve le plus souvent en présence d'un état pathologique, et il faut dès lors rechercher avec soin celui dont il s'agit.

DEUXIEME PARTIE

GROSSESSE PATHOLOGIQUE

Sans doute en traçant des courbes relatives aux poids des enfants, aux poids des placentas et même aux mesures des membranes pour des cas pathologiques déterminés, s'apercevrait-on qu'alors les poids et les mesures s'écartent le plus souvent des moyennes.

Mais comment comprendre ces variations souvent opposées, observées pour une même affection au cours d'accouchements différents, comme nous l'avons vu pour le rapport placentofœtal qui est tantôt diminué, tantôt augmenté pour la syphilis, l'hypertension, l'albuminurie? C'est que sans doute tous les individus ne réagissent pas de la même façon à l'infection. La virulence, la durée, la chronicité de l'infection, l'atteinte des glandes à sécrétion interne par la toxi-infection, les associations microbiennes, et aussi la constitution des parents, influent de façons diverses sur le développement du fœtus et de ses annexes.

Et comment expliquer la quantité relativement grande des accouchements où des faits sont anormaux? Cela paraît tenir à ce que les affections déjà citées : syphilis, tuberculose, albuminurie, hypertension n'englobent pas tous les cas pathologiques et que certaines infections échappent souvent à l'observation. Je veux parler des infections atténuées chroniques, qui habituellement inapparentes, jouent un rôle de premier plan aussi bien en obstétrique qu'en pathologie générale.

Ces infections latentes chroniques sont extrêmement répandues et il n'est pas possible d'indiquer un pourcentage en ce qui les concerne, car elles passent souvent inaperçues.

Cependant, la grossesse et l'accouchement les révèlent généralement ;

1° Par la température de la femme durant la grossesse, et surtout au moment de l'accouchement et dans les suites de couches, température subfébrile et même fébrile. Très souvent aussi, dans les jours qui suivent l'accouchement, la courbe de température presque normale présente des oscillations prononcées de forme sinusoïdale. Il est important de connaître ces caractéristiques de la température dans l'infection habituellement inapparente;

2° Par le nombre des pulsations, qui augmentent surtout le jour de l'accouchement et dans les suites de couches. Comme pour la température, la courbe des pulsations présente des oscillations; mais ces oscillations sont beaucoup plus prononcées que pour la température;

3° Par les varices (varices des jambes, varices vulvaires);

4° Par les œdèmes (œdèmes des jambes, œdèmes vulvaires);

5° Par le grand nombre des vergetures;

6° Par les vomissements, notamment au cours des trois premiers mois de la grossesse;

7° Par les leucorrhées.

Si l'infection atténuée peut atteindre un organe tel que le rhino-pharynx, l'arbre trachéo-bronchique, si elle peut se localiser dans un foyer alvéolo-dentaire par exemple, le plus souvent son foyer est abdominal : il s'agit de gastro-entérite, de colite, d'appendicite, de cholécystite, de salpingo-ovarite, de métrite, de cystite, de pyélonéphrite. On conçoit que le développement d'une grossesse, qui entraîne chez les femmes des modifications importantes de l'état endocrinien et une congestion intense du petit bassin, puisse provoquer l'apparition de symptômes bien particuliers en relation avec l'existence de l'infection voisine.

Le plus souvent certes, l'agent infectieux est le colibacille et il s'agit de colibacillose. Mais il semble qu'il faille faire une place plus large à tous les microorganismes qui, isolément ou associés, peuvent être la cause d'infections chroniques.

On admet le terme de colibacillose. Ne devrait-on pas aussi, toutes les fois qu'il s'agit d'infections extrêmement atténuées, assez bien tolérées et presque inapparentes, mais existantes pourtant (porteurs de germes), admettre :

pour les entérocoques	le terme d' « entérose »,
pour les streptocoques	— de « streptose »,
pour les staphylocoques	— de « staphylose »,
pour les pneumocoques	— de « pneumose »,
pour les bacilles paratyphiques	— de « paratyphose »,
	etc.,

et lorsqu'il y a associations :

les termes de « strepto-colibacillose »,
de « strepto-entéro-colibacillose »,
etc.?

et lorsqu'il s'agit d'associations :

de « strepto-colibacillose »,
de « strepto-entéro-colibacillose »,
etc.?

Ces microorganismes peuvent produire, au niveau de foyers, des toxines pour le moins aussi néfastes que celles du colibacille, notamment des neurotoxines et peut-être des hormotoxines atteignant les glandes à sécrétion interne.

Il n'est pas impossible en effet que certaines toxines puissent se transformer et acquérir dans certaines conditions humorales une affinité plus particulière pour certains tissus, pour certaines glandes, augmentant, diminuant ou modifiant certaines sécrétions hormonales.

Le lieu de l'infection semble avoir une grande importance. Les glandes proches du foyer infectieux sont plus généralement atteintes. Certaines infections nasales par exemple provoquent des lésions de l'hypophyse et déterminent un syndrome adiposogénital. De même les fonctions ovariennes, les fonctions surrénales semblent plus particulièrement troublées par les infections des organes abdominaux.

Mais il n'en est pas toujours ainsi. Et je veux citer maintenant une observation curieuse : il s'agissait d'un homme atteint d'une maladie de Dupuytren, de rétraction de l'aponévrose palmaire. On ne connaît pas la cause de l'affection. On incrimine des lésions parathyroïdiennes. Et cependant pour leur guérison la chirurgie parathyroïdienne donne bien peu de résultats. Or, chez ce malade particulièrement nerveux et présentant une légère hypotension, j'ai suspecté l'existence possible d'une colibacillose. J'ai fait un traitement d'épreuve par un vaccin anti-colibacillaire. Et la rétraction aponévrotique s'est modifiée, la

sclérose de la région palmaire s'est assouplie, le malade récupérait d'une façon très manifeste les mouvements des doigts. Malheureusement ce malade a quitté le pays où je faisais un remplacement et je l'ai perdu de vue. Dans la maladie de Dupuytren il doit s'agir d'une atteinte des glandes parathyroïdes par une hormotoxine plutôt que par le colibacille lui-même.

Le Docteur Desgeorges, dans son rapport au Congrès de la Colibacillose de 1934, n'écrit-il pas : « Sans doute l'infection colibacillaire ne saurait aboutir comme la tuberculose ou la syphilis à des altérations glandulaires graves et plus ou moins irrémédiables, ni provoquer ces insuffisances aiguës redoutables qu'on observe par exemple au cours de la diphtérie, mais elle intervient plus qu'aucune autre infection dans la genèse des déficiences légères et réparables, des endocrinopathies mineures. Que d'insuffisances uni ou pluri-glandulaires considérées comme primitives et comme constituant toute la maladie ne sont en réalité que la manifestation d'une infection colibacillaire. Que de réactions thyroïdiennes, que de maladies de Basedow parfaitement caractérisées même sont commandées par cette dernière. »

C'est à ces infections latentes et à leurs toxines que sont presque toujours dus les désordres qui apparaissent au cours de la grossesse : les varices, les œdèmes, les vomissements, les leucorrhées, les vergetures nombreuses, les hyper et hypotensions, les troubles du rythme cardiaque, les troubles du métabolisme, les albuminuries, les urines troubles, les glycosuries et lactosuries importantes, les anémies; citons aussi les excès de liquide si souvent inexplicables et les hémorragies au cours de la grossesse.

Les *varices* se rencontrent dans 163 cas sur 1.000 accouchements. Citons encore le Docteur Desgeorges. Dans son même rapport au Congrès de la Colibacillose de 1934, nous lisons : « Le colibacille est-il susceptible d'intervenir dans la pathogénie des varices ? Cela est d'autant plus probable qu'elle entraîne volontiers des troubles endocriniens dont on sait l'importance dans le déterminisme de cette affection. »

Or, jusqu'alors on avait attribué les varices de la grossesse à la compression des gros troncs vasculaires par l'utérus augmenté de volume et à la stase sanguine consécutive. Le plus souvent il n'en est pas ainsi et le développement des varices

chez les femmes enceintes est la conséquence d'une infection chronique méconnue, ainsi que les observations du service d'accouchement de l'hôpital Boucicaut l'indiquent. Cependant, les insuffisances glandulaires et les insuffisances des parois veineuses d'origine congénitale pourraient être mises en cause, mais elles sont fort rares. La compression des gros troncs vasculaires par l'utérus gravide agissant surtout dans les derniers mois de la grossesse ne saurait être admise que comme cause adjuvante, car encore une fois, dans la majorité des cas, une infection latente est à l'origine.

Les œdèmes aussi sont le plus souvent dus à une infection habituellement inapparente telle que la colibacillose. On compte 12 femmes atteintes d'œdèmes des jambes sur 1.000 femmes enceintes. Les œdèmes vulvaires associés aux œdèmes des jambes se rencontrent dans la proportion de 3,1 0/00, les œdèmes des paupières dans la proportion de 1 0/00.

Le Docteur Tzanck cite les œdèmes parmi certaines réactions d'intolérance. La cause toxique est variable. J'ai rencontré au cours de remplacements des cas d'œdèmes des jambes dus à une certaine intolérance aux toxines colibacillaires et même un cas d'œdème éléphantiasique de cette origine. Ils ne sont sans doute pas toujours la conséquence d'une atteinte rénale par l'agent infectieux, mais de troubles neuro-endocriniens comme les varices.

On observe les vomissements dans 63 cas sur 1.000 grossesses. Ils se produisent généralement comme on sait au cours des trois premiers mois de la grossesse, s'accompagnant souvent d'anémie, de troubles du rythme cardiaque. Le plus souvent il existe en même temps des signes de gastro-entérite, d'appendicite, de l'albuminurie, et dans les urines l'examen décèle la présence de microorganismes, parmi lesquels le colibacille.

Dans 318 cas pour 1.000 grossesses, c'est-à-dire pour plus d'un tiers des cas, on note de la leucorrhée. La leucorrhée persistante favorisée par la grossesse est certainement bien souvent d'origine colibacillaire.

Les vergetures nombreuses dépendent vraisemblablement d'une altération des tissus. Elles apparaissent certes à l'occasion

de la distension de la paroi abdominale, mais quand elles sont très accentuées, chez des femmes, on doit invoquer, d'après les indications fournies par les observations, base de ce travail, une origine toxi-infectieuse.

L'hypotension est représentée dans la proportion de 0,5 0/00. Dans le rapport du Docteur Desgeorges au Congrès de la Colibacillose en 1934, nous remarquons cette phrase suivante : « La colibacillose représente un des principaux facteurs de l'hypotension artérielle. »

L'hypertension se rencontre dans 59 cas sur 1.000 grossesses : elle résulte ordinairement des affections rénales; mais cependant, alors que tout autre symptôme manque, l'examen des urines montre fréquemment l'existence de microorganismes, colibacilles ou autres avec excès d'acide oxalique. La glande surrénale sous l'influence des toxines qui l'envahissent doit être tenue comme responsable de l'hypertension dans des cas peut-être plus nombreux qu'on ne l'estime d'habitude. Il serait rationnel d'admettre que des infections latentes chroniques agissant sur la nutrition générale de l'organisme soient propres à provoquer l'élaboration continue de doses massives d'urée.

Troubles du rythme cardiaque : 12 0/00. Selon l'opinion du Docteur Desgeorges, « les troubles cardiaques chez les colibacillaires sont purement fonctionnels et semblent relever plutôt de la souffrance du système nerveux sympathique que de l'atteinte du cœur lui-même. Il s'agit de palpitations, d'angoisse précordiale, de tachycardies, parfois d'arythmie. » Si l'on s'en remet à cette conception qui paraît dans bien des cas se justifier, la majorité des troubles cardiaques au cours de la grossesse sont dus à une toxi-infection colibacillaire. On les rencontre d'ailleurs souvent associés à de la constipation, à des troubles gastro-intestinaux.

Voici à ce sujet l'observation n° 2643 : « Femme atteinte d'un souffle anorganique. Dédoublément intermittent à la pointe rattachable à un troisième bruit cardiaque qu'on voit survenir fréquemment chez les instables, chez les neurotoniques. La grossesse est facteur de neurotonie. Pronostic très favorable. » Mais la recherche du pus dans l'urine a montré de nombreuses cellules épithéliales et de nombreux bâtonnets à Gram négatif

(colibacilles). Dans un tel cas la grossesse favorise certes la colibacillose. Mais c'est la colibacillose qui est le facteur de neurotonie et la cause des modifications du rythme cardiaque.

Dans 1 0/00 seulement des cas on note la nécessité d'une application de forceps pour des lésions valvulaires.

L'albuminurie existe dans 50 0/00 des cas. Elle coïncide souvent avec de la pyélonéphrite (27 0/00) et s'accompagne souvent d'hypertension.

La glycosurie et la lactosurie s'observent dans 1 0/00 des cas. Dans les observations qui leur sont relatives, les suites de couches furent toujours fébriles. Dans un cas il y avait des vomissements au début de la grossesse.

Les urines troubles sont d'une fréquence de 34,3 0/00. On sait que généralement elles contiennent des microorganismes en suspension.

Les anémies (7,8 0/00) sont le plus souvent associées à la gastro-entérite, à la constipation, à l'appendicite, aux urines troubles.

Enfin, comme dans la syphilis, les toxi-infections chroniques, la colibacillose par exemple, peuvent provoquer une augmentation anormale du volume du liquide amniotique : 18 cas pour 1.000 grossesses.

Les hémorragies de la grossesse (8,3 0/00) sont généralement occasionnées aussi par une toxi-infection. On les trouve associées à la pyélonéphrite, à l'appendicite, aux vomissements, aux urines troubles.

Et il faut dès lors penser que l'éclampsie (2 0/00) et les vomissements incoercibles (1 0/00) dont on n'aperçoit pas les causes sont peut-être simplement dus à une toxi-infection, et peut-être à une toxi-infection colibacillaire. Ces états s'accompagnent d'ailleurs souvent d'urines troubles, d'albuminurie, de pyélonéphrite, de fièvre.

LES AVORTEMENTS

Sur 1.000 grossesses on compte 14 avortements.

*Tableau indiquant les époques de la grossesse
à laquelle se sont produits les avortements :*

8 0/0	des avortements se sont produits à 2 mois.
4 0/0	— — — — — à 2 mois 1/2.
4 0/0	— — — — — à 3 mois.
4 0/0	— — — — — à 4 mois.
8 0/0	— — — — — à 4 mois 1/2.
40 0/0	— — — — — à 5 mois.
24 0/0	— — — — — à 5 mois 1/2.

Près de la moitié des avortements ont eu lieu à 5 mois et le quart à 5 mois 1/2.

Un seul cas d'avortement gémellaire. Il s'agissait de grossesse gémellaire univitelline avec excès de liquide amniotique.

Deux fois la syphilis avérée a été la cause d'avortements qui se sont produits à 5 mois 1/2 : 1° dans un cas de Wassermann très positif avec rapport placento-fœtal de 1/1,46; 2° dans une syphilis traitée avec rapport placento-fœtal de 1/3,21.

A noter encore : un cas d'avortement dû à un fibrome avec rétention du placenta dans la corne gauche; deux cas d'avortements provoqués par des hémorragies importantes.

Dans 3 observations les avortements ont été occasionnés par la néphrite chronique ou par la pyélonéphrite associées à l'hypertension (avortements de 2 mois, 4 mois 1/2, 5 mois 1/2). Pour l'un de ces cas (avortement de 4 mois 1/2), l'extraction artificielle, par suite d'absence de contraction utérine, a été nécessaire; le rapport placento-fœtal était de 1/4,88. Pour un autre de ces cas (5 mois 1/2), avec placenta découronné et avec fièvre élevée, l'hystérectomie totale a été jugée indispensable; le rapport placento-fœtal s'élevait à 1/3,29.

Chez 2 femmes ayant fait des fausses-couches il faut signaler, dans les antécédents, la fièvre typhoïde, fièvre qui laisse si souvent après elle des lésions chroniques.

En général, les avortements furent tous subfébriles ou fébriles. Il s'agissait presque toujours de femmes infectées : infections aiguës ou chroniques.

Peut-être chez les femmes syphilitiques même y avait-il association de la syphilis avec d'autres infections telles que la colibacilliose, puisqu'elles aussi avaient présenté de la fièvre au moment de l'avortement.

Tableau indiquant pour quelques avortements, pour chaque âge de la grossesse auquel ils se sont produits, les rapports placento-fœtaux correspondants :

4 mois	4 mois 1/2	5 mois	5 mois 1/2	Près de 6 mois
1/2,05 (Hémorragie. Syndrome infectieux.)	1/4,88 (Albuminurie. Hypertension.) 1/2,73	1/2,31 1/3,04 1/2,25 (Insertion basse du placenta. Accouchements fébriles. Suites de couches fébriles.) 1/2,31 1/2,26 1/2,10 1/3,42 (Gémellaire.)	1/3,26 (Wasser-mann négatif.) 1/1,46 (Wasser-mann très positif.) 1/3,21 (Syphilis traitée.) 1/3,29 Pyélonéphrite.)	1/5,40 (Membranes dilacérées. Grandes oscillations de la courbe des pulsations.)

Il semble que pour un rapport placento-fœtal plus grand que 1/2 au cours des avortements on puisse presque affirmer la syphilis, ce qui ne l'exclut pas pour des rapports plus petits tels que 1/3.

ACCOUCHEMENTS PREMATURES

On relève 74 accouchements prématurés sur 1.000 accouchements. Ils se répartissent de la façon suivante :

7,4 accouchements au terme de 6 mois sur 1.000 accouchements;

4,7 accouchements au terme de 6 mois 1/2 sur 1.000 accouchements;

14,3 accouchements au terme de 7 mois sur 1.000 accouchements;

6,36 accouchements au terme de 7 mois 1/2 sur 1.000 accouchements;

22,26 accouchements au terme de 8 mois sur 1.000 accouchements;

16,15 accouchements au terme de 8 mois 1/2 sur 1.000 accouchements;

Si la syphilis est une cause d'accouchement prématuré, d'autres toxi-infections chroniques, par exemple la colibacillose (c'est-à-dire celles qui, ainsi qu'il est rationnel de l'admettre, agissent comme cause des fausses-couches) provoquent souvent pour les mêmes raisons l'accouchement prématuré; elles s'associent à l'albuminurie, à l'hypertension, à l'appendicite, aux urines troubles. On conçoit tout l'intérêt qu'il y a à les rechercher chez les mères dès le début de la grossesse, à les soigner en toute connaissance de cause pour assurer le développement normal de l'enfant.

Les rapports placento-fœtaux pour les enfants nés avant terme sont généralement très augmentés, mais on les trouve aussi parfois diminués.

GROSSESSES GEMELLAIRES

— Gémellaires univitellines monoamniotiques : 4,1 0/00.

— Gémellaires univitellines biamniotiques : 3,1 0/00.

— Gémellaires bivitelles : 5,7 0/00.

La syphilis et la tuberculose, suivant des hypothèses très vraisemblables, favorisent la formation de grossesses gémellaires. Il apparaît aussi que d'autres toxi-infections chroniques, en particulier la colibacillose, peuvent également la favoriser.

Voici à ce sujet quelques observations de grossesses gémellaires :

1° *Observation n° 1377.* — Cette femme présente un Wassermann négatif et n'a pas d'antécédents bacillaires. Son mari est en bonne santé. Ses urines sont troubles. Elle se plaint d'engourdissement des mains : le Docteur Desgeorges signale comme signes souvent observés dans la colibacillose « le fourmillement des mains, la sensation de doigt mort, l'engourdissement des extrémités ». Les suites de couches sont fébriles.

2° *Observation 1395.* — Leucorrhée. Vomissements presque quotidiens. Pollakiurie nocturne. Grossesse gémellaire univitteline biamniotique. Accouchement fébrile.

3° *Observation 1591.* — Leucorrhée, albuminurie, hypertension, varices. Grossesse gémellaire biamniotique.

4° *Observation 1574.* — Urines troubles. Suites de couches fébriles.

5° *Observation 2150 bis.* — Cette femme a un Wassermann négatif. Son bassin est vicié : PSP 10,9. Elle a été atteinte de rhumatismes. Elle se plaignait souvent de douleurs abdominales avant de devenir enceinte.

— Au cours de sa grossesse elle a eu des vomissements graves, des étourdissements, de la constipation. Hospitalisée pour asthénie et œdèmes, elle présente un foie un peu gros et de la congestion des bases. A l'examen du cœur on perçoit des souffles inorganiques d'origine anémique. Radioscopiquement le cœur est normal. Les suites de couches sont fébriles et s'accompagnent de cellulite au niveau de l'épaule sans arthrite. La colibacillose est souvent cause de cellulite. (Dr Desgeorges.)

Ces observations sont très typiques et se passent de tout commentaire. Les toxi-infections chroniques, et particulièrement la colibacillose, sont des causes de gémellité.

BASSINS RETRECIS

36 cas pour 1.000 grossesses.

Diamètres promonto-sous-pubiens :

POUR 1.000

POUR 1.000

9 cm. 5.....	1 cas	11 cm.	4 cas
10 cm.	3 —	11 cm. 1.....	3 —
10 cm. 1.....	1 —	12 cm. 2.....	3 —
10 cm. 2.....	1 —	12 cm. 3.....	2 —
10 cm. 3.....	1 —	11 cm. 4.....	4 —
10 cm. 4.....	2 —	11 cm. 5.....	5 —
10 cm. 6.....	1 —	11 cm. 6.....	2 —
10 cm. 8.....	3 —	11 cm. 7.....	2 —
10 cm. 9.....	4 —	11 cm. 9.....	1 —

Faux-promontoires :

POUR 1.000

POUR 1.000

9 cm. 5.....	1 cas	10 cm. 9.....	1 cas
10 cm.	1 —	11 cm.	1 —
10 cm. 3.....	1 —	11 cm. 1.....	1 —
10 cm. 6.....	2 —	11 cm. 3.....	1 —

Promontoires accessibles au loin : 7 cas.

Face antérieure du sacrum entièrement explorable :
21 cas.

Lignes innominées explorables : 10 cas.

Bassin canaliculé : 1 cas.

Bassins viciés par coxalgie : 3 cas.

Bassins viciés par scoliose : 1 cas.

Bassin vicié traumatique : 1 cas.

Saillies des épines sciatiques dans l'aire de l'excavation :
2 cas :

- a) Dans un cas, il s'agissait d'une femme très petite présentant une taille de 1 m. 37 et pesant 45 kilos;
- b) Dans le second cas, il s'agissait d'une femme ayant eu une fracture de l'os iliaque.

Les bassins rétrécis ont donné lieu à 3 césariennes dont 1 itérative, à 8 applications de forceps dont 2 au détroit supérieur, et à une version.

Certains bassins peu rétrécis ne seraient pas une cause de dystocie s'il ne venait s'y ajouter souvent une toxi-infection, élément qui complique l'accouchement.

Si le toucher n'est pas douloureux, s'il est aisément praticable, un bassin quelque peu rétréci offre de bonnes conditions pour un accouchement qui sera relativement facile; si le toucher au contraire éveille une crise douloureuse, s'il existe du vaginisme, si les releveurs se contractent violemment, un bassin de même mesure n'est pas favorable.

Or le vaginisme est d'origine le plus souvent toxi-infectieuse. Dans l'observation n° 1732, chez une femme pour laquelle le toucher est très douloureux et qui présente un vagin très étroit, on note des nausées, des vomissements, de l'hypotension, signes qui, nous l'avons vu déjà, témoignent d'une toxi-infection. — Observation 1145 : la malade enceinte de 2 mois présente du vaginisme, le toucher est impossible, il y a des vomissements incoercibles. — Observation 1698 : le vaginisme est en relation avec une vaginite.

Le vaginisme est une contraction spasmodique des muscles constricteurs du vagin; elle peut être l'indication d'une tendance à la contracture des muscles des régions voisines.

Si cette tétanisation se produit au niveau des muscles du périnée par exemple, la déchirure du périnée peut s'ensuivre. Ces déchirures sont très fréquentes. Dans le service de M. le Professeur Le Lorier où toutes les recommandations étaient faites aux sages-femmes et aux stagiaires pour les éviter, on note cependant 119 0/00 déchirures périnéales ayant nécessité la pose de un ou plusieurs crins, 56 0/00 éraillures du périnée et 3,1 0/00 déchirures complètes du périnée.

Or, chez presque toutes les femmes qui présentent des déchirures

rures du périnée, on relève des symptômes de toxi-infection chronique (constipation habituelle, appendicite, albuminurie, pyélonéphrite, suites de couches fébriles, etc.).

La colibacillose doit être ainsi une cause fréquente de déchirures périnéales. Elle peut agir par un processus scléreux, aussi bien que dans la rétraction de l'aponévrose palmaire, diminuer la vitalité de certains tissus et les préparer à la déchirure, mais elle peut agir sans doute aussi comme nous l'avons pensé par une action toxique tétanisante sur les muscles du périnée et créer du « périnisme » analogue au vaginisme.

La position obstétricale employée en France semble aussi favoriser les déchirures du périnée; elle tend la région périnéale et le poids de la tête de l'enfant repose entièrement sur le périnée pendant le dégagement. Dans la position à l'anglaise, la femme étant couchée sur le côté gauche, les déchirures du périnée sont-elles moins nombreuses? S'il en était ainsi, la position obstétricale idéale serait sans doute une position intermédiaire aux positions précédentes qui tendrait à allier la commodité de la position adoptée en France et les avantages de la position anglaise, c'est-à-dire celle qui se trouverait réalisée par la position du bassin incliné latéralement à 20 ou 30°.

On parviendrait peut-être ainsi, en traitant d'abord les mères pour les infections chroniques dont elles sont si souvent atteintes au cours de la grossesse d'une part, et en modifiant la position obstétricale d'autre part, à supprimer presque complètement les déchirures du périnée.

Ce qui se passe pour le périnée se produit sans doute aussi pour l'utérus. Il existe probablement une tétanisation anormale de l'organe due à des toxi-infections, utérus tonique, « utérisme » qui modifie considérablement les conditions de l'accouchement. D'un tel état utérin peuvent en effet dépendre un grand nombre de présentations anormales, l'état de rigidité de l'utérus s'opposant à l'accommodation fœtale.

Inversement, une toxi-infection peut provoquer chez d'autres parturientes de l'hypotonie et de l'inertie utérine qui seront cause, elles aussi, de difficultés au moment de l'accouchement.

Voici pour 1.000 accouchements le nombre de présentations autres que la présentation occipito-iliaque :

Sièges décomplétés mode des fesses : 18 0/00.

Sièges complets : 8 0/00.

Sièges décomplétés mode des pieds : 0,5 0/00.

Epaules : 4,6 0/00.

Face : 1,5 0/00.

Enfin on compte 7,2 0/00 dégagements en occipito-sacrée.

Pour presque toutes ces présentations on note des symptômes de toxi-infections : pyélonéphrites, albuminuries, hypertensions, vomissements, appendicites, urines troubles, leucorrhées, varices, œdèmes, hémorragies de la grossesse, constipation. Avec ces présentations les accouchements furent bien souvent prématurés. Presque toutes les suites de couches furent fébriles ou subfébriles.

Sur 3 présentations du siège décomplété où les tentatives de version par manœuvres externes avaient échoué, les urines étaient troubles et elles contenaient vraisemblablement des microorganismes en suspension.

Même pour les dégagements en occipito-sacrée, il semble qu'il s'agissait généralement de femmes infectées chez lesquelles il s'était produit des troubles de l'accommodation du fœtus dans la filière pelvi-génitale.

Pour l'insertion basse du placenta, des raisons pathologiques interviennent. Nous avons déjà vu que la présence de fibromes utérins semblait exercer une influence sur le niveau de l'insertion placentaire. Mais la toxi-infection agit sans doute elle aussi sur cette insertion par des modifications de l'état de la muqueuse utérine : c'est ainsi que dans l'hypertension on compte 110 0/00 insertions basses, au lieu de 95 0/00 pour tout l'ensemble des accouchements.

L'insertion marginale, l'insertion velamenteuse du cordon, les cordons longs, les circulaires du cordon sont du même domaine pathologique : ils s'expliquent par des tractions anormales du fœtus sur le cordon, dépendant peut-être du niveau de l'insertion placentaire, des contractions utérines et des mouvements désordonnés du fœtus, le plus souvent accidents de la toxi-infection.

Il semble que le microbisme latent soit une cause possible de grossesse ectopique. Dans le seul cas que nous avons ren-

contré dans le service en 1930, il s'agissait d'une femme ayant déjà subi une cholécystectomie en 1920 et dont la température était subfébrile avant l'intervention.

Les membranes dilacérées (82 0/00), les membranes retenues dans l'utérus (56 0/00), les membranes infiltrées de méconium (5,2 0/00), les rétentions de caduque (14 0/00) les rétentions de membranes ayant nécessité la pose de fil à ligature (4,6 0/00), les placentas découronnés (3,1 0/00) les caduques très épaisses s'observent le plus souvent chez des femmes atteintes de toxi-infection. A signaler un cas de placenta découronné chez une basedowienne.

Le liquide amniotique, lorsqu'il est teinté de méconium (54 cas sur 1.000 accouchements), indique comme on le sait une souffrance du fœtus. Le plus souvent cette souffrance est due, croyons-nous, à l'existence chez la mère d'une toxi-infection chronique.

Que d'applications de forceps, que de basiotripsies, d'embryotomies, de césariennes, de symphyséotomies pourront être évitées, si, pensant à cette cause, on s'applique à la rechercher, à la traiter au cours de la grossesse et à la guérir!

Sur 1.000 accouchements on note 33 forceps pour souffrance fœtale et lenteur de l'expulsion et presque toujours la toxi-infection, d'après les observations de notre statistique, est en cause. On compte 4 forceps sur 1.000 accouchements pour basins rétrécis, dont 1 au détroit supérieur; un seul forceps sur 1.000 accouchements pour cardiopathies. La proportion des forceps pour crises d'éclampsie au moment de l'accouchement est de 1,5 0/00.

Les incisions du col (2 0/00), les basiotripsies (3,1 0/00), les embryotomies (2 0/00), les opérations césariennes (3,6 0/00), les symphyséotomies (2,6 0/00), les accouchements artificiels par la méthode de Delmas (1,5 0/00), les hémorragies de la délivrance plus ou moins graves (44,7 0/00), les ruptures artificielles des membranes (22,3 0/00), les délivrances artificielles (18,7 0/00), les révisions utérines (9,8 0/00), les épisiotomies (12 0/00), les hystérectomies pour hémorragies graves (0,5 0/00), les procidences des membres (1 0/00), les procidences du cordon (2,6 0/00) se rencontrent généralement chez des femmes atteintes de gastro-entérite, colites, colibacilles caractérisées

avec urines troubles et dont les suites de couches sont subfébriles ou fébriles.

Ce qui est très remarquable (constatation sur laquelle nous avons cru devoir insister dans les exposés qui précèdent), c'est que la toxi-infection apparaît comme la cause principale de toutes les difficultés rencontrées au cours des accouchements.

SUITES DE COUCHES

Si au moment du travail dans les cas d'infections chroniques, l'accouchement est subfébrile ou fébrile, la fièvre continue à évoluer dans les suites de couches. La température peut atteindre parfois 39°, 40°, et il s'agit généralement de malades qui guérissent. Il en est ainsi dans les observations 491, 955, 2150 par exemple et dans de nombreuses autres. Mais des réserves doivent être faites, car de telles infections peuvent se conduire comme des fièvres puerpérales graves.

Il n'est pas certain non plus qu'au moment de la congestion mammaire, certaines lymphangites des seins ne soient pas des métastases provenant d'un foyer abdominal.

Les phlébites du postpartum peuvent avoir aussi cette origine endogène : elles se rencontrent chez des femmes atteintes d'infections chroniques, et j'ai observé au cours d'un remplacement une périphlébite ligneuse du tiers inféro-interne de la jambe qui était due uniquement au colibacille. Il est possible que la périphlébite ligneuse, surtout dans sa forme chronique, soit presque toujours d'origine colibacillaire.

Certains troubles nerveux, certains troubles mentaux de la grossesse ont certainement cette origine toxi-infectieuse (observations 1652, 1702, 2243).

LE NOUVEAU-NE

On note :

2 cas de monstruosités : *a*) un cas d'anencéphale; *b*) un cas d'absence des orbites et du nez.

1 cas de spina bifida.

1 cas de malformation cardiaque (un seul ventricule).

2 cas de sténose du pylore.

1 cas de bec de lièvre.

3 cas de phimosis.

2 cas de pieds bots.

2 cas de hernies ombilicales.

1 cas d'abcès de la région scapulaire gauche.

3 cas de pemphigus.

2 cas d'ascite.

On conçoit que l'état toxi-infectieux que l'on rencontre si souvent au cours de la grossesse ait une influence sur l'enfant.

Pour une part beaucoup plus large que la syphilis et la tuberculose, il est responsable des morts à la naissance, des morts apparentes, des naissances des débiles et de très gros enfants.

Voici le tableau qui rend compte des proportions que révèle notre statistique à cet égard :

Enfants morts et macérés : 6,8 0/00.

Enfants morts-nés : 16,4 0/00.

Enfants morts au cours du travail : 10,9 0/00.

Enfants morts peu après la naissance : 16,6 0/00.

Enfants nés étonnés ranimés : 22,3 0/00.

Enfants nés en état d'asphyxie bleue : 7,2 0/00.

Enfants nés en état d'asphyxie blanche : 6,2 0/00.

Enfants débiles : 33,8 0/00.

Très gros enfants : 34,8 0/00.

Il est possible que cet état infectieux (colibacilliose, par exemple) puisse provoquer certaines malformations du nouveau-né, moindres sans doute que la syphilis, mais entraînant des infirmités réelles tel que le bec de lièvre (obs. n° 2681).

Enfin, les enfants dont le développement a été si profondément influencé *in utero* naissent sans doute souvent en état d'allergie.

La toxi-infection les menace encore après la naissance. L'athrepsie du nouveau-né, lorsqu'elle n'est pas due à la syphilis et à la tuberculose, est presque toujours d'origine colibacillaire, comme nous l'avons observé dans plusieurs cas au cours de remplacements; et c'est là une vérité qui vraiment s'impose.

Enfin, la toxi-infection chronique menace encore l'enfant après la première année. Il n'est pas certain que le rachitisme ne soit pas en relation avec de telles toxi-infections qui sont inapparentes, et je veux terminer ce chapitre en donnant une dernière preuve de leurs méfaits : il s'agit de l'énurésie nocturne, cette affection si déconcertante. Voici l'analyse d'urine d'une petite fille de 5 ans atteinte de cette infirmité :

Albumine : traces légères.

Glucose : traces légères.

Acétonone : traces légères.

Indican : assez forte proportion.

Examen microscopique : cellules épithéliales des organes génito-urinaires. Cellules rondes d'origine rénale assez nombreuses. Leucocytes polynucléaires assez nombreux : 12 environ par champ microscopique. Hématies non altérées : 10. Présence de cylindres hyalins peu nombreux. Très nombreux cristaux d'oxalate de chaux.

Flore bactérienne peu abondante. Quelques amas de diplocoques prenant le Gram (staphylocoques). Entérocoques : 7 à 8 éléments par champ microscopique. Quelques rares colibacilles.

L'enfant, traitée pour son état infectieux, fut guérie.

Il serait évidemment intéressant que tous ces faits relatifs à l'accouchement soient vérifiés par les résultats qu'on obtiendrait en surveillant attentivement les femmes au cours de leur grossesse, en ce qui concerne les toxi-infections inapparentes dont elles sont si souvent atteintes. Les soins qu'elles recevraient à ce point de vue diminueraient les dystocies, la morbidité maternelle et la mortalité infantile.

D'une façon générale, les enfants seraient beaucoup plus beaux, beaucoup plus forts à leur naissance.

En obstétrique, la parole de Jean Hameau, savant méconnu qui fut le précurseur de Pasteur, se vérifie bien :

« Partout la vie est dans la vie,

« Partout la vie dévore la vie! »

LES SERVICES DE LA MATERNITE DE L'HOPITAL BOUCICAUT

La maternité de l'hôpital Boucicaut, qui nous a fourni les observations, base de ce travail, comprenait, en 1930, les mêmes organisations que les années précédentes :

1° Consultations pour femmes en état de gestation;

2° Service d'hospitalisation pour femmes enceintes, parturientes et accouchées, qui peut également admettre des femmes atteintes d'affections gynécologiques;

3° Consultations pour mères, nourrices et nourrissons;

4° Consultations de syphiligraphie;

5° Consultations de gynécologie;

6° Un service social, destiné à compléter par son action l'aide apportée aux femmes en couches par l'Administration de l'Assistance Publique.

Vu :

Le Doyen,

ROUSSY.

Vu :

Le Président de Thèse,

COUVELAIRE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY.

CONCLUSIONS

1° L'établissement de graphiques est un des meilleurs moyens d'élucider les problèmes que posent de longues séries d'observations cliniques;

2° Les analyses ainsi réalisées nous ont montré le rôle important des infections latentes dans la production d'un grand nombre d'anomalies de la grossesse, du travail, des suites de couches où cette étiologie n'est habituellement pas soupçonnée.

BIBLIOGRAPHIE

Thèses inspirées par M. le Professeur Le Lorier et qui complètent l'étude du fonctionnement de la Maternité de Boucicaut :

HEURY (J.). — Fonctionnement de la Maternité de Boucicaut en 1924.

PIRY (P.). — Fonctionnement de la Maternité de Boucicaut en 1925. — Thèse de Paris 1927, chez Jouve.

LEJEUNE (R.). — Fonctionnement de la Maternité de Boucicaut en 1926. Thèse de Paris 1928, chez Jouve.

SURPAS (J.). — Fonctionnement de la Maternité de Boucicaut en 1927. — Thèse de Paris en 1928, chez Jouve.

BERCOVICI (B.). — Contribution à l'étude de la césarienne basse. — Thèse de Paris 1927, chez Vigné.

FURILLOT-BONDOUX (D.). — Quelques observations de syphilis héréditaire. — Thèse de Paris 1927, chez Jouve.

KUBORN (M.). — Quelques cas inédits de kystes de l'ovaire ayant compliqué la gestation. — Thèse de Paris 1928, chez Vigné.

MARCOTTE (A.). — Contribution de l'étude des pyélonéphrites chez la femme en état de gestation. — Thèse de Paris, chez Legrand.

EILBAUM (M.). — Contribution à l'étude de l'albuminurie chez la femme enceinte. — Thèse de Paris 1928, chez Jouve.

LAVAUULT (Solange). — De la sensibilité utérine dans l'après-part. — Thèse de Paris 1928, chez Vigné.

TRIAL (Roger). — Etude de 34 cas de pelvitomies. — Thèse de Paris 1928, Librairies-Imprimeries Réunies, 7, rue Saint-Benoist.

AUCLAIR (J.-M.). — Le gros enfant (étude des observations de 1928 à la Maternité de Boucicaut). — Au Commerce des Idées, 26, boulevard Saint-Michel, Paris, 1929.

MAZIOL (P.). — De l'emploi du lait condensé sucré pur comme complément de la ration alimentaire du nourrisson élevé au sein. — M. Lac, 26, rue Monsieur-le-Prince, Paris, 1929.

JADLOVKER (M.). — Fonctionnement de la Maternité de Boucicaut pendant l'année 1928. — Roumegona et C^{ie}, Savenay, 1929.

JAKOWZOFF (Wassili). — Fonctionnement de la Maternité de Boucicaut pendant l'année 1931. — Thèse de Paris 1931, chez Jouve.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.	1
Consultations prénatales	3
Calcul de la fécondité maternelle indiquant le nombre de nais- sances pour chaque âge des parturientes.	4
Calcul de la fécondité paternelle indiquant le nombre de nais- sances pour chaque âge des pères.	5
Âges de la menstruation.	6
Primiparité. Multiparité	7
Durée du travail chez les primipares.	8
Durée de l'expulsion chez les primipares.	9
Durée du travail chez les multipares.	9
Durée de l'expulsion chez les multipares.	9
Nombre des naissances d'enfants du sexe masculin et du sexe féminin.	9
Statistique des poids des nouveau-nés du sexe féminin.	9
Statistique des poids des nouveau-nés du sexe masculin.	11
Statistique des poids du placenta établie pour 1.000 naissances d'enfants de sexe féminin.	13
Statistique des poids du placenta établie pour 1.000 naissances d'enfants du sexe masculin.	13
Mesures des membranes lorsqu'elles ne sont pas surdistendues par la présence du fœtus.	15
Rapports du plus petit côté au plus grand côté des membranes pour la recherche de l'insertion basse du placenta.	15
Rapports placento-fœtaux	17
Rapports placento-fœtaux (filles).	18
Rapports placento-fœtaux (garçons).	19
Variations du rapport placento-fœtal dans les cas pathologiques. .	22
Grossesse pathologique.	26
Influence des affections atténuées chroniques sur la grossesse. — Les varices. — Les œdèmes. — Les vergetures. — L'hypo- tension. — L'hypertension. — Troubles du rythme car- diac. — Albuminurie. — Glycosurie, lactosurie. — Urines troubles. — Anémies. — Hémorragies de la gros- sesse. — L'éclampsie. — Les vomissements incoercibles.	
Les avortements.	33
Les accouchements prématurés.	35
Les grossesses gémellaires.	35
Les bassins rétrécis.	37
Le vaginisme. — Déchirures du périnée. — Présentation du siège. — Présentation de l'épaule. — Présentation de la face. — Insertion basse du placenta. — Insertion marginale, insertion vélamenteuse du cordon. — Cordon long. — Circu- laire du cordon. — Grossesse ectopique. — Membranes dilatérées, membranes retenues dans l'utérus. — Placentas découronnés. — Liquide amniotique teinté de méconium. — Procidences des membres. — Procidences du cordon. — Forceps. — Basiotripsies. — Embryotomies. — Césariennes. — Symphyséotomies. — Accouchements artificiels par la méthode de Delmas. — Hémorragies de la délivrance. — Délivrance artificielles. — Revisions internes. — Hystérec- tomies.	
Suites de couches.	42
Le nouveau-né	43
Services de la Maternité de l'hôpital Boucicaud en 1930.	45
CONCLUSIONS.	46

